

【 精神障害者 】  
医療費助成金交付請求書

年 月 日

斑鳩町長様

申請者 住所 斑鳩町  
氏名  
TEL ( )

金 円

ただし、年 月分医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

	生年月日	年 月 日	確 認 欄	保険給付（ /10） 附加給付の有無 高額療養費の有無 所得区分 （一般・低I・低II）
受給資格証の 受給者番号	受給者氏名			
加入医療保険 名称	加入医療保険 記号番号			

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫・農協	支店名	本店・支店
預金種目	普通・当座	口座番号	
名義人	フリガナ		

医療 機関 等 記 入 欄	医療状況書	年 月 分				
	入 院	入院日数： 日（ 年 月 日 ～ 年 月 日）				
		総点数 A	自己負担額 B			
	外 来	通院日数： 日				
		総点数 A	自己負担額 B	内精神保健福祉法負担点数 C	精神通院医療に係る自己負担額 D	
上記のとおり診療し、自己負担額を徴収しました。 医療機関等 所在地 名称 氏名 <small>※氏名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名の場合は、 本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。</small>						

決 定	課長	補佐	係長	係	決裁年月日	年 月 日
					交付年月日	年 月 日
					台帳確認	
						支給額
					自己負担額	
					附加給付額	
					高額療養費	
					一部負担金相当額	
					（ 円）	
					（ 円） - （ 円） - （ 円） =	

入 検

(裏面)

下欄に、領収書を糊等で貼り付けてください。  
(医療費助成金交付請求書 1 枚につき、月毎、医療機関毎に貼付けをお願いします。)